

П.Г. Курдюкова, Б.В. Заиграев, Н.В. Попова

## РЕАБИЛИТАЦИЯ СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Городская больница № 4, Улан-Удэ

В Бурятии Ассоциация стомированных больных «БурАССТОМ» была учреждена на конференции стомированных больных в 1992 г. На базе кабинета проктологии был организован кабинет по уходу за стомированными больными, где врач и медсестра в свое рабочее время проводят прием больных, обучение их и родственников уходу за стомой, ведется отбор больных на консервативное и оперативное лечение, проводится подготовка к реконструктивно-восстановительным операциям. Члены Правления оказывают поддержку стационарным больным, которые готовятся на операции с возможным выведением колостомы, после операции помогают им в адаптации к новой жизненной ситуации.

По данным ВОЗ в современном обществе число стомированных больных может быть 120 – 150 человек на 100 тыс. населения, т.е. в Бурятии их должно быть более 1000 человек. Точного учета стомированных больных нет, в кабинете проктолога больные учитываются по обращаемости. Многие больные из отдаленных районов не могут приехать на прием к врачу не только из-за физического состояния, но и из-за материальных и финансовых проблем. В среднем за год в кабинете колопроктолога бывает на приеме от 80 до 90 больных.

За последнее время увеличилось число реконструктивно-восстановительных колопроктологических операций. Больные не хотят мириться со стомоносительством, и хирурги осваивают все виды реконструктивно-восстановительных операций, тем самым улучшая качество жизни больного.

Как считают И.В. Нестеров, Е.Г. Григорьев (2001 г.) нужно стремиться к максимально возможному сокращению носительства колостомы. Оптимальными сроками закрытия пристеночных и петлевых стом, причинами которых были доброкачественные процессы, можно считать 2 месяца, а концевых – 3–4 месяца после стомии. У онкопроктологических больных закрытие стом целесообразно выполнять по истечению 5–6 месяцев с момента первичной операции (Е.Г. Григорьев, И.В. Нестеров, В.Е. Пак, 2001). Сроки закрытия колостомы мы определяем на приеме индивидуально для каждого больного. Но нередко сроки закрытия колостом приходится откладывать в связи с плохой подготовкой престомального и постстомального отделов кишки, прямой кишки и запирающего аппарата. При нерегулярной работе колостомы престомальный отдел толстой кишки может быть забит каловыми массами. Нередко этот копростаз остается со времени первой операции.

При отсутствии наблюдения и ухода за выключенным отделом прямой кишки в ней возникают воспалительные процессы, накапливается замазкообразная масса или спрессовывается оставшийся кал. Операции, произведенные без учета степени подготовленности кишки, могут закончиться неудачей. Нами проанализировано состояние постстомального отдела толстой кишки у 198 больных, наблюдавшихся в проктологическом отделении больницы № 4 и кабинете проктолога за 2002 – 2005 гг. У 147 больных колостомы была сформирована по поводу рака прямой и сигмовидной кишки, что составило 74,2 %. У 9 больных колостомы выведена во время гинекологических операций, при раке яичников и матки, что составило 4,5 %, при травмах прямой кишки – у 22 больных, соответственно 11,1 %. У 17 больных колостомы сформирована по поводу таких заболеваний как НЯК, болезнь Крона, болезнь Гиршпрунга, мегаколон, что составило 8,5 %. У одного больного колостомы сформирована при разлитом перитоните на фоне деструктивного панкреонекроза. У 1 больного колостомы выведена при выпадении прямой кишки с ее ущемлением и некрозом и у одного больного – при обширном некротическом парапроктите.

По длительности стомоносительства больные распределялись следующим образом: до 4 месяцев – 17 больных (8,6 %), от 4 месяцев до года – 81 больной (40,9 %), до 5 лет – 85 больных (42,9 %), до 10 лет – 8 больных (4 %), более 10 лет – 7 больных (3,5 %).

Чем больше срок с момента отключения прямой кишки из пассажа каловых масс, тем больше изменений происходит в слизистой прямой кишки, в мышцах тазового дна и сфинктере.

При подробном расспросе выявлено, что дискомфорт, неприятные ощущения, чувство давления в прямой кишке отмечали 68 больных (34,5 %), анальный зуд – 21 больной (10,9 %), чувство тяжести внизу живота – 27 больных (13,6 %), периодическое выделение из ануса слизи с запахом – 14 больных (7,2 %), дизурические расстройства – 9 больных (4,5 %). Выделение крови и слизи из прямой кишки отмечали 22 больных (11,3 %), у данных больных опухоль прямой кишки не была удалена, чем и обуславливались жалобы. Так же выделение крови и слизи отмечали 8 больных (4 %) с рецидивом опухоли в культе прямой кишки.

При осмотре явления ректита отмечены у 66 больных (33,3 %), каловые камни – у 15 больных (7,5 %), серая замазкообразная масса – у 22 больных (11,1 %), анальная трещина – у 1 больной (0,5 %), свищи отмечены у 3 больных (1,5 %), поли-

пы в отключенной прямой кишки наблюдались у 5 больных (2,5 %), геморрой отмечен у 4 больных (2 %), обострение парапроктита — у 3 больных (1,5 %), рецидив опухоли в культе прямой кишки — у 8 больных (4 %), проктосигмоидит выявлен у 19 больных (9,6 %), поверхностные эрозии были у 5 больных (2,5 %). Зияние ануса и снижение тонуса сфинктера отмечены у 21 больного (10,6 %), у них в культе прямой кишки были выявлены плотные копролиты или тестообразные, серого цвета массы. У 3 больных плотные копролиты вызывали давление на мочевого пузырь, что проявилось дизурическими расстройствами. Удалить копролиты у данных больных удалось лишь механическим путем под в/в наркозом в стационаре.

Лишь 29 больных (14,6 %) с колостомой не предъявляли никаких жалоб со стороны ануса и прямой кишки, и при обследовании у них не было признаков воспаления слизистой анального канала и культы отключенной кишки.

Таким образом, выявленные изменения в колостоме, в культе прямой кишки и ректосигмоидного отдела потребовали проведения лечения в кабинете по уходу за стомой и переноса сроков

реконструктивно-восстановительных операций на более поздние сроки.

В кабинете по уходу за стомированными больными проводилось консервативное лечение отключенного отдела кишки и анального канала (очистительные и лечебные клизмы, свечи, мази, массаж), эндоскопический и бактериологический контроль, проведены операции в ЦАХе: геморроидэктомия — 4 больным, полипэктомия — 20, иссечение параректального свища — 3, иссечение анальной трещины — 1, вскрытие вторичного острого парапроктита — 3, взятие биопсии — 8, электрокоагуляция кровоточащих полипов и гипергрануляций на колостоме — 9, удаление оставленных лигатур вокруг колостомы — 26, кюретаж лигатурных свищей вокруг колостомы — 20, бужирование стеноза колостомы — 9, рассечение рубцовых деформаций колостомы — 3 больным. Проведенные мероприятия позволили у 35 больных провести успешно реконструктивно-восстановительные операции и у остальных больных значительно улучшить комфортное состояние прямой кишки и повысить качество жизни больного.